Aus der Universitäts-Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten
Direktor: Prof. Dr. Hinsberg.

# Über den Verschluß von Kieferhöhlenfisteln

## Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Zahnarzt
**Hellmuth Schliebs**
aus Breslau

Breslau
Schlesische Druckerei Aktien-Gesellschaft
1925

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

Referent: Professor Dr. Klestadt.

Unter Kieferhöhlenfisteln versteht man die abnormen Kommunikationen der Kieferhöhle nach der Gesichts- Mundvorhof- oder Gaumenfläche. Besonders die zweite Form ist sehr häufig und hat für den Zahnarzt ein großes Interesse. Kieferhöhlenfisteln können spontan oder auf traumatischem Wege entstehen. In der Mehrzahl der Fälle der ersten Art sind es entzündliche Vorgänge, die zur Bildung einer Kieferhöhlenfistel führen, namentlich solche, die vom Zahnsystem ausgehen. Daß auch Neubildungen für die Entstehung in Frage kommen können, sei nur der Vollständigkeit wegen erwähnt; denn die Therapie zur Beseitigung der Tumoren steht hier im Vordergrunde, und die nach dem operativen Eingriff verbliebene Fistel stellt eigentlich eine auf traumatischem Wege entstandene Fistel dar. Für den Schluß einer Kieferhöhlenfistel ist die Entstehung von untergeordneter Bedeutung. Von Wichtigkeit dagegen ist hauptsächlich ihre Größe.

Bei dem Verschluß einer Kieferhöhlenfistel muß man unterscheiden zwischen wirklichen oder reellen und den Schein- oder Deckverschlüssen. Unter letztere zählen sämtliche Obturatoren und Prothesen. Ihnen haften, da sie wie ein Fremdkörper wirken, verglichen mit den reellen Verschlüssen, manche Nachteile an. Daher sollte man ihre Anwendung wesentlich einschränken. Die reellen Kieferhöhlenverschlüsse stellen wirkliche Verschlüsse dar, die auf chirurgischem Wege geschaffen werden müssen. Die Art des operativen Eingriffs richtet sich besonders nach der Größe der Fistel. Etwa stecknadeldicke Fisteln kann man durch örtliche Reizwirkung (Kauterisation) zur Vernarbung bringen. Fisteln, die einen Durchmesser von

mehr als 4 mm besitzen, können durch Naht unter Anfrischung der Fistelränder geschlossen werden. Die einzelnen Modifikationen der Schnittführung können im Rahmen dieses Auszuges nicht einzeln erörtert werden. Ich möchte nur auf die Naht in zwei Etagen (Passow, Lautenschläger) hinweisen. Umfangreiche Defekte empfiehlt es sich, meist durch einen gestielten Schleimhautlappen aus der Wange eventl. durch vorherige Umpolsterung des Defektes mit einem Muskel-Fettlappen zu decken, wie dieses Verfahren von Klestadt mit gutem Erfolge angewandt worden ist. Schwierigkeiten bestehen, wenn die Fistel in einer isolierten Zahnlücke bei erhaltenen Nachbarzähnen liegt. Hier läßt sich ein von Lewkowitz vorgeschlagener Kunstgriff häufig mit Vorteil anwenden.

Eine Kombination beider Verfahren, des prothetischen mit dem operativen, soll höchstens angewandt werden, wenn man veraltete Fisteln durch etappenweise Kauterisation zur Vernarbung bringen will. Zwischen den einzelnen Kauterisationen läßt man eine Prothese tragen, wobei aber mit den Nachteilen einer solchen wieder gerechnet werden muß. Der Wert dieser Methode ist daher nur gering einzuschätzen.